

Warszawa, dnia.....

**Szpital Wolski im. dr Anny Gostyńskiej  
Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością  
ul. Marcin Kasprzaka 17  
01 – 211 Warszawa**

## **O F E R T A**

### **na udzielanie całodobowych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie medycyny ratunkowej w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym**

Imię .....

Nazwisko.....

PESEL.....

Zawód..... Nr prawa wykonywania zawodu.....

Specjalizacja w zakresie (stopień specjalizacji).....

Nr dokumentu specjalizacji.....

Nr księgi rejestrowej w rejestrze indywidualnych lub indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich wykonywanych w zakładzie leczniczym prowadzonego przez właściwą ORL .....

Nr wpisu do ewidencji działalności gospodarczej/ data rozpoczęcia działalności wg CEIDG.....

NIP.....REGON.....

Nr telefonu .....

Adres zamieszkania .....

Adres do korespondencji (o ile nie pokrywa się z adresem zamieszkania).....

**Przedmiotem niniejszej oferty jest udzielanie całodobowych świadczeń zdrowotnych w zakresie medycyny ratunkowej w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym zgodnie z przedmiotem zamówienia wskazanym w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert, na zasadach określonych we wzorze umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych objętych konkursem.**

#### **OFERENT OŚWIADCZA, IŻ:**

1. Zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie, SWKO oraz wzorem umowy nie zgłasza zastrzeżeń.
2. Świadczeń zdrowotnych objętych konkursem udzielać będzie w siedzibie Szpitala Wolskiego im. dr Anny Gostyńskiej Sp. z o.o. w Warszawie, w miejscu wskazanym przez Udzielającego zamówienia oraz przy użyciu sprzętu należącego do Udzielającego zamówienia.
1. Prowadzi indywidualną lub indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską wpisaną do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez ORL zgodnie z danymi wymienionym na wstępie niniejszej oferty.
2. Świadczeń zdrowotnych udzielać będzie osobiście.
3. Posiada aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (oc) na minimalną kwotę gwarantowaną w wysokości .....
4. Oświadcza, iż Szpital Wolski im. dr Anny Gostyńskiej Sp. z o.o. **nie rozwiązał** z nim w ciągu 5 lat poprzedzających dzień ogłoszenia niniejszego konkursu umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym przedmiotem niniejszego postępowania w trybie natychmiastowym z przyczyn leżących po stronie Oferenta.
5. W ramach zakresu 1) **udzielanie całodobowych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie medycyny ratunkowej w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym:**

- a) deklaruje:
- **minimalną** liczbę 12-sto godzinnych cykli wykonywania świadczeń zdrowotnych w miesiącu: .....cykli (obejmujących udzielanie świadczeń zarówno w dni powszednie jak również w soboty, niedziele i święta).
  - **maksymalną** liczbę 12-sto godzinnych cykli wykonywania świadczeń zdrowotnych w miesiącu: .....cykli (obejmujących udzielanie świadczeń zarówno w dni powszednie jak również w soboty, niedziele i święta).
- b) proponuje następującą kwotę należności za realizację zamówienia: wysokość stawki w kwocie .....zł brutto za każdą godzinę wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem postępowania.
6. W ramach **zakresu 2) udzielanie całodobowych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie medycyny ratunkowej w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym z jednoczesnym pełnieniem funkcji lekarza zastępującego lekarza kierującego Szpitalnym Oddziałem Ratunkowym:**
- a) deklaruje:
- **minimalną** liczbę 12-sto godzinnych cykli wykonywania świadczeń zdrowotnych w miesiącu: .....cykli (obejmujących udzielanie świadczeń zarówno w dni powszednie jak również w soboty, niedziele i święta).
  - **maksymalną** liczbę 12-sto godzinnych cykli wykonywania świadczeń zdrowotnych w miesiącu: .....cykli (obejmujących udzielanie świadczeń zarówno w dni powszednie jak również w soboty, niedziele i święta).
- b) proponuje następującą kwotę należności za realizację zamówienia: wysokość stawki w kwocie .....zł brutto za każdą godzinę wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem postępowania.
7. Zakres posiadanych kwalifikacji udokumentował załącznikami od nr 3a do nr.....
8. Oświadcza, iż świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym konkursem udzielał w jednostkach systemu ratownictwa medycznego/ izbie przyjęć przez okres .....lat.
9. Oświadcza, iż **wyraża zgodę/ nie wyraża zgody\*** na powierzenie w umowie zawartej z Udzielającym zamówienia zadań kierownika specjalizacji wskazanych przez lekarza kierującego Szpitalnym Oddziałem Ratunkowym lekarzy, realizujących w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym program specjalizacji w dziedzinie medycyny ratunkowej – zgodnie z art. 16m ust. 1 Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

#### **ZALĄCZNIKI:**

1. Poświadczony aktualny wydruk z CEIDG - *zał. nr 1.*
2. Poświadczona kopia wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą – zgodnie z ustawą o działalności leczniczej - prowadzonego przez ORL – *zał. nr 2,*
3. Kopie dokumentów dotyczących prawa wykonywania zawodu lekarza i posiadanych kwalifikacji, w tym specjalizacji:
  - a) dyplom ukończenia studiów;
  - b) aktualne prawo wykonywania zawodu lekarza;
  - c) dyplom potwierdzający posiadanie specjalizacji lub tytułu specjalisty w dziedzinie: anestezjologii i intensywnej terapii, medycyny ratunkowej lub zaświadczenie, że lekarz jest po drugim roku specjalizacji w tych dziedzinach i kontynuuje szkolenie specjalizacyjne lub
  - d) dyplom potwierdzający posiadanie specjalizacji lub tytułu specjalisty w dziedzinie: chorób wewnętrznych lub
  - e) zaświadczenie, że lekarz, w ramach szkolenia specjalizacyjnego ukończył moduł podstawowy w dziedzinie: chorób wewnętrznych, pediatrii lub chirurgii ogólnej i kontynuuje lub zakończył szkolenie specjalizacyjne oraz uzyskał tytuł specjalisty,
  - f) w przypadku lekarza w trakcie szkolenia specjalizacyjnego istnieje dodatkowo wymóg pisemnej, pozytywnej opinii kierownika specjalizacji o prawie lekarza - w trakcie szkolenia specjalizacyjnego - do samodzielnego udzielania świadczeń zdrowotnych oraz samodzielnego wykonywania dyżurów,
  - g) inne dokumenty potwierdzające kwalifikacje i doświadczenie zawodowe – *zał. nr 3a, 3b, itd.*
4. Wykaz podmiotów, w których oferent udzielał świadczeń zdrowotnych w zakresie medycyny ratunkowej w jednostkach systemu ratownictwa medycznego/ Izbie przyjęć z podaniem okresów, w których usługi te były świadczone – *zał. nr 4,*
5. Zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia – *zał. nr 5,*
6. Kserokopia polisy OC – *zał. nr 6.*

**Oświadczenie wykonawcy w zakresie wypełnienia obowiązków informacyjnych przewidzianych w art. 13 lub art. 14 RODO**

Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO<sup>i</sup> wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia w niniejszym postępowaniu\*.

.....

*(podpis i pieczęć oferenta)*

---

<sup>i</sup> rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1).

\* W przypadku gdy wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).